

RENCONTRES HOSPITALIÈRES DE DAKAR

HOTEL NOVOTEL ; DU 06 AU 10 DECEMBRE 2004

RAPPORT DE SYNTHÈSE

AUTEURS: Dr. Alpha Ahmadou BAH
M. Moussa Same DAFF
M. Siaka DIANE
M. Djibril DIOUF
Dr. Maman Abra D. DOGBA
M. Issa SAVARE

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
1. LA REFORME HOSPITALIERE	5
1.1. Le contexte et les objectifs de la Réforme	5
1.1.1. Le contexte	5
1.1.2. Les objectifs	5
1.2. Les voies et moyens d'une mise en œuvre de la réforme hospitalière.....	6
1.2.1. Un vaste mouvement de réforme administrative.....	6
1.2.2. Le caractère participatif de l'engagement dans la réforme hospitalière.....	6
1.2.3. Le cadre de référence	7
1.2.4. Les facteurs favorables et défavorables	7
1.3. Les résultats.....	8
1.3.1. Les infrastructures et équipements.....	8
1.3.2. Les ressources humaines	8
1.3.3. L'organisation et le management	9
1.3.4. Les ressources financières.....	9
1.3.5. L'organisation des soins et la prise en charge des patients.....	10
1.4. Les perspectives	10
1.4.1. Les infrastructures et équipements.....	10
1.4.2. Les ressources humaines	10
1.4.3. L'organisation et le management	10
1.4.4. Les ressources financières.....	11
1.4.5. L'organisation des soins et la prise en charge des patients.....	11
1.5. L'hôpital et les stratégies d'aide au développement	12
2. LE FINANCEMENT DE L'HOPITAL EN AFRIQUE	14
2.1. Les aspects statutaires et environnementaux.....	14
2.1.1. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire	14
2.1.2. Les mesures d'ordre gestionnaire et organisationnel.....	17
2.1.3. Les mesures d'ordre technique et leur incidence sur le financement.....	18
2.2. Le financement et les ressources humaines.....	18
2.2.1. L'évolution des effectifs.....	18
2.2.2. Les réformes statutaires.....	19
2.2.3. Les motivations	19

2.3.	L'allocation des ressources et modes de financement	20
2.3.1.	Les dépenses et l'analyse des coûts.....	20
2.3.2.	L'évolution des recettes	20
2.3.3.	La politique tarifaire, les modalités de financement et de prise en charge des patients	21
2.4.	Le financement et l'accessibilité des soins	21
2.4.1.	L'accessibilité des soins	21
2.4.2.	Les mutuelles de santé et les IPM	22
2.4.3.	Les expériences de contractualisation	22
CONCLUSION		22

INTRODUCTION

Les professionnels de santé connaissent le rôle indispensable de l'hôpital en tant que lieu de délivrance de soins de qualité et en tant que lieu de formation. Ils savent également que cette place suppose, pour être pleinement tenue, des moyens financiers sûrs, pérennes, un cadre institutionnel et organisationnel solide. Or, la plupart des pays d'Afrique restent confrontés à des difficultés importantes, dans le financement de leur dispositif de soins et tout particulièrement du système hospitalier : faiblesse et incertitude des dotations budgétaires d'Etat, faible solvabilité des usagers, insuffisance des systèmes collectifs de financement, coût du progrès technique, coûts induits de fonctionnement pour les investissements, faiblesse des ressources humaines et des capacités d'organisation.

Par ailleurs, on reproche aux hôpitaux de mobiliser une large part des ressources publiques avec de nombreuses interrogations sur les bénéficiaires des soins hospitaliers et sur l'impact de ces derniers en terme de santé publique, à l'heure où la communauté mondiale a les yeux fixés sur les indicateurs liés aux Objectifs du Millénaire.

Si ces pays se sont orientés vers l'autonomie juridique et de gestion, peu d'entre eux ont, à ce jour, réussi à relever le double défi de l'amélioration de la qualité des soins et de l'augmentation de l'accessibilité tout en favorisant une plus grande équité : la qualité des prestations offertes reste aléatoire ; l'outil de soins n'est pas optimisé ; sauf exception, la clientèle solvable s'adresse peu à l'hôpital public.

Ainsi, la nécessaire réforme du secteur hospitalier passe par un double mouvement : d'une part, pour créer les conditions institutionnelles et organisationnelles favorables à son amélioration et, d'autre part, pour assurer des ressources dont l'optimisation de leur emploi permettra à l'hôpital public de répondre aux missions qui lui sont confiées, afin de répondre aux priorités de santé des pays. C'est la raison pour laquelle la Banque mondiale et le Ministère français des Affaires étrangères, avec le concours du Ministère sénégalais de la Santé, ont jugé opportun de faire se rencontrer professionnels, experts et décideurs, producteurs de soins, financeurs et usagers autour de deux ateliers ayant pour objectifs :

- ❖ de dresser un bilan sur le processus de réforme engagé en Afrique et de favoriser l'échange d'expériences en se focalisant sur les résultats obtenus, afin de tracer les actions futures pouvant apporter un meilleur impact ;
- ❖ de présenter les modalités de financement en vigueur dans les hôpitaux et d'en dresser le bilan afin de promouvoir les solutions devant permettre un meilleur accès aux soins des populations.

Ces rencontres dites « **rencontres hospitalières de Dakar** », tenues du 06 au 10 décembre 2004 à l'Hôtel Novotel sur le thème : « **la réforme hospitalière et le financement de l'hôpital en Afrique** » ont été des moments d'échange d'expériences des quatorze pays représentés. Le présent rapport fait l'économie des différents ateliers. Il présente dans un premier temps les aspects institutionnels et réglementaires de la réforme hospitalière, les résultats obtenus, de même que les perspectives à envisager. Il restitue ensuite tout ce qui a trait au financement, à savoir sa réglementation et, subséquentement, les ressources humaines et l'accessibilité des soins.

1. LA REFORME HOSPITALIERE

1.1. Le contexte et les objectifs de la Réforme

1.1.1. Le contexte

En Afrique, l'évolution du système de santé en général et du système hospitalier en particulier a été marquée par les contextes des périodes historiques pré et post-indépendance. En effet, durant la période coloniale, la prise en charge de la demande de soins a été de meilleure qualité grâce à la rigueur dans la gestion et à la qualité du plateau technique. En revanche, à partir des années 1980, l'usure du temps et les crises économiques aidant, les infrastructures et les équipements se sont considérablement dégradés ainsi que la qualité des soins.

C'est dans ce contexte de crise généralisée, accentuée par les contraintes des politiques d'ajustement structurel, que s'est fait sentir partout en Afrique le besoin de réformer le système hospitalier. En outre, les politiques nationales en matière de santé, orientées vers la gratuité des soins et la primauté des soins de santé primaire (SSP) sur l'hôpital, ont largement contribué à la faillite du système hospitalier. Cette faillite est illustrée par :

- ❖ La vétusté des locaux, l'inexistence ou l'obsolescence des équipements ;
- ❖ L'insuffisance (en qualité et en quantité) des personnels ;
- ❖ La démotivation et la mauvaise répartition des personnels ;
- ❖ Les restrictions budgétaires ;
- ❖ La mauvaise qualité de la prise en charge des patients ;
- ❖ L'absence de synergie entre les acteurs (corps médical, personnel administratif...).

La situation de dégradation progressive a conduit les différents acteurs (Etats, professionnels de santé, populations et partenaires au développement) à prendre conscience de la nécessité de mieux définir le rôle et la place de l'hôpital dans le système de santé.

1.1.2. Les objectifs

Les principaux objectifs fixés à la réforme sont :

- ❖ Améliorer la qualité des soins par la recherche générale de la performance (clinique, organisationnelle...);
- ❖ Améliorer la gouvernance et les capacités gestionnaires par l'accroissement de l'autonomie et l'introduction d'une culture managériale ;
- ❖ Impliquer davantage les populations dans la gestion des structures ;
- ❖ Mettre en place un service public hospitalier par une meilleure planification : carte sanitaire, système de référence, complémentarité public/privé.

En vue d'atteindre ces objectifs, les décideurs ont tracé les voies à suivre et les moyens à mettre en œuvre.

1.2. Les voies et moyens d'une mise en œuvre de la réforme hospitalière

1.2.1. Un vaste mouvement de réforme administrative

Partout en Afrique, un vaste mouvement de réforme administrative est opéré au travers de textes sur la déconcentration et la décentralisation. C'est ainsi que la réforme hospitalière, loin d'être un phénomène isolé, s'inscrit dans un cadre de réforme globale des administrations. Dans certains pays, réforme administrative et réforme hospitalière ont été concomitantes (Guinée), alors que dans d'autres, c'est la réforme administrative qui a précédé (Sénégal, Togo, Cameroun). Le Rwanda, en prenant des décisions pour améliorer le fonctionnement de ses hôpitaux, s'est lancé dans la réforme sans le déclarer de façon formelle.

Par ailleurs, la plupart des pays ont déploré l'absence d'articulation entre la réforme administrative et la réforme hospitalière : au Cameroun, découpages administratif et opérationnel obéissent à des critères différents, d'où le risque d'isolement du secteur de la santé des autres secteurs ; au Tchad, le nombre d'hôpitaux est inférieur au nombre de régions administratives, ce qui pourrait porter préjudice au système de référence ; au Togo, le nombre de régions administratives inférieur au nombre de régions sanitaires pose un problème de représentation de certains services administratifs dans la région de Lomé ; à Madagascar, le fonctionnement des hôpitaux fait moins l'objet de préoccupation que leur adaptation à la décentralisation qui est d'actualité.

1.2.2. Le caractère participatif de l'engagement dans la réforme hospitalière

A travers une démarche participative matérialisée par des ateliers, des séminaires, des états généraux, des conférences nationales et d'autres types de rencontres, différents acteurs ont été associés à la réforme. Les principaux sont :

- ❖ la faculté de médecine ;
- ❖ la faculté de droit ;
- ❖ les partenaires sociaux ;
- ❖ les directeurs d'hôpitaux ;
- ❖ les partenaires au développement ;
- ❖ le secteur privé ;
- ❖ les praticiens hospitaliers ;
- ❖ le ministère de la santé ;
- ❖ le ministère de l'économie et des finances ;
- ❖ le ministère ayant en charge la décentralisation ;
- ❖ la société civile...

Ces acteurs ont été impliqués à divers niveaux et à des degrés différents. Cependant, quelques résistances au changement de la part de directeurs d'hôpitaux (par crainte de perdre une partie de leurs pouvoirs : Guinée), du corps médical et des collectivités locales (Sénégal), ont été notées. Celles-ci ont pu entraîner un délai d'appropriation de la réforme pouvant aller

jusqu'à cinq ans. Dans certains pays, le contexte socio-politique a constitué un frein à la mise en œuvre de la réforme (Togo, RDC, Rwanda).

1.2.3. Le cadre de référence

Dans la plupart des cas, un cadre légal et réglementaire et un organe administratif de pilotage de la réforme ont existé avant le lancement de celle-ci (Sénégal, Mali, RDC, Tchad, Togo...). Dans d'autres pays, du reste très peu nombreux, les leçons de petites expériences du terrain ont précédé la formalisation de la réforme et la définition du cadre légal et réglementaire (expérimentations de gestion des ONG en Guinée). Enfin, le cas du Bénin reste atypique : suite à la cessation de paiement des salaires par l'Etat, un directeur a refusé de reverser les recettes de son hôpital au trésor public, au profit de son personnel. Cette attitude a produit des effets d'entraînement à travers tout le pays.

Deux tendances se dégagent dans les formes de pilotage de la réforme. D'une part, le pilotage est assuré par le niveau central (directions ou commissions nationales) ; d'autre part, il est sous la responsabilité d'une administration de mission (au Mali, un décret du Premier Ministre a consacré la création d'une administration de mission dénommée « Mission d'Appui à la Réforme Hospitalière »).

1.2.4. Les facteurs favorables et défavorables

L'analyse du processus a permis de mettre en exergue des facteurs favorables :

- ❖ Une volonté politique forte, affirmée par les Etats ;
- ❖ Un appui financier et un appui conseil des partenaires au développement notamment la France ;
- ❖ Des espoirs suscités par la réforme auprès des professionnels de santé et des populations ;
- ❖ Une promotion et une communication de la réforme hospitalière en vue de son appropriation par les divers acteurs (échanges entre les pays et formations sur la réforme hospitalière ;
- ❖ Une maturation de la vision des hôpitaux dans le système de santé ;
- ❖ Une prise de conscience à la suite des diagnostics situationnels.

Toutefois, des facteurs défavorables ont été enregistrés. Il s'agit entre autres de :

- ❖ La résistance de certains acteurs aux changements.

Les agents du ministère des finances, craignaient le poids financier de la réforme sur les finances publiques et la perte du contrôle qu'ils exerçaient sur les crédits alloués aux hôpitaux. Le personnel soignant a vu dans la réforme, une forme de privatisation du secteur de la santé et une menace sur la sécurité et la stabilité des emplois ;

- ❖ L'insuffisance et l'absence de structuration des services chargés de conduire et de promouvoir la réforme : au Niger, l'existence d'un secrétariat d'Etat chargé de la réforme hospitalière et d'une direction de la réforme hospitalière et de la médecine, a posé un problème de conflits de compétence entre ces deux institutions, ce qui a finalement conduit au pilotage de la réforme par la Primature ;

- ❖ L'insuffisance des effectifs des corps de métiers (directeurs d'hôpitaux, médecins spécialistes) constitue également un handicap ;
- ❖ La faiblesse du financement de la réforme ;

La plupart des Etats ne disposent pas de capacités suffisantes pour financer la réforme dans sa globalité (projets d'établissement) ; le financement des bailleurs de fonds étant en général limité aux investissements.

- ❖ L'absence de culture managériale a limité l'efficacité des équipes dirigeantes ;
- ❖ Les lourdeurs du processus administratif : l'allongement des délais de publication des textes législatifs et réglementaires entraîne des retards dans leur application. Au Mali, seul un des 14 décrets prévus par la loi portant réforme hospitalière est pris à ce jour ;
- ❖ L'insuffisance qualitative de personnels.

1.3. Les résultats

La mise en œuvre de la réforme hospitalière dans l'ensemble des pays africains a permis d'obtenir des résultats à des degrés divers. Le système hospitalier de certains pays s'est nettement amélioré tandis que celui d'autres pays est à la recherche de son amélioration.

1.3.1. Les infrastructures et équipements

Un vaste mouvement de constructions nouvelles, de réhabilitations d'infrastructures, d'acquisitions de nouveaux équipements est en cours, même si il est loin de couvrir les besoins exprimés ou implicites.

La part des ressources allouée à la maintenance reste faible au regard du montant des investissements.

1.3.2. Les ressources humaines

Il a été noté une amélioration de la motivation du personnel. Elle se matérialise par le versement de primes d'intéressement, la formation et l'implication du personnel à la gestion des établissements.

- ❖ Les modalités de distribution des primes d'intéressement, qu'elles soient formalisées ou non, varient selon les pays : Bénin 15 %, Guinée 20 %, Sénégal et Tchad 25 %, Mali 25 % (médicaments non inclus), Mauritanie 35 %, RDC 40 %. D'autres types de motivation existent : motivation nationale trimestrielle au Sénégal ; primes de responsabilité, de transport, de risque, de garde, de logement, d'éloignement, de sujétion, de rendement, ainsi que les heures supplémentaires ;
- ❖ Les hôpitaux se sont dotés de plans de formation, ouvrant ainsi de larges perspectives pour l'évolution des carrières ;

- ❖ L'élaboration des budgets par service constitue une opportunité de participation à la gestion et de mobilisation du personnel pour déterminer avec les décideurs hospitaliers les objectifs à atteindre ;

En dépit de tous ces efforts, persistent encore une certaine démobilité et l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel. Il en est de même de la mauvaise répartition de ce personnel, du fait de l'absence ou de la non application de critères d'affectation, du fait de la concentration d'opportunités dans les grandes villes qui alimentent le désir de certains agents à désertir les zones rurales.

1.3.3. L'organisation et le management

Des transformations consécutives à la dynamique managériale ont été notées. Il s'agit de :

- ❖ L'aboutissement de la mise en place de statuts spécifiques conférant plus d'autonomie de gestion aux hôpitaux (passage d'un statut d'établissement public administratif à un statut d'établissement public hospitalier au Mali ou de santé au Sénégal et au Burkina) ;
- ❖ La mise en place de nouveaux organes de gestion et d'organigrammes : Commission Médicale d'Etablissements (CME) ; Comité Technique d'Etablissement (CTE), Direction Administrative et Financière (DAF) ; Agence Comptable particulière (ACP) ;
- ❖ L'engagement parfois partiel dans les démarches stratégiques (plans nationaux de développement sanitaire, projets d'établissement) ;
- ❖ L'engagement progressif dans les démarches de contrôle de gestion et de qualité ;
- ❖ L'amorce de démarches de contractualisations interne et externe : à Madagascar, des contrats ont été établis avec des ONG, avec l'appui de Médecins Sans Frontières, pour la prise en charge de la malnutrition des enfants. La gestion de la pharmacie et de la restauration est également concédée à des entreprises privées ; en Guinée, des contrats d'objectifs et de moyens lient d'une part le ministère de tutelle et le directeur d'hôpital et d'autre part le directeur d'hôpital et ses chefs de service. De plus en plus, le secteur privé participe à la mission de service public selon des modalités définies dans un cahier de charges. A cet effet, il bénéficie d'une subvention des Etats.

1.3.4. Les ressources financières

Les recettes propres ont partout connu une hausse très substantielle. A l'origine, il y a l'amélioration du recouvrement, l'accroissement de la rigueur dans la gestion. En effet, la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable, le respect des dispositions du code des marchés publics, l'adoption d'un plan comptable hospitalier, d'un Cadre de Dépenses à Moyen terme (CDMT) et d'un cadre budgétaire se généralisent. S'agissant de la subvention de l'Etat, son mode d'allocation repose encore sur une base historique favorisant l'inégalité persistante des ressources entre structures.

1.3.5. L'organisation des soins et la prise en charge des patients

- ❖ Concernant la fréquentation des hôpitaux, les résultats diffèrent selon les pays : alors que certains pays notent une meilleure fréquentation de leurs structures, d'autres signalent une sous-fréquentation persistante à cause de l'inadéquation entre offre et demande de soins.
- ❖ Les financements des partenaires au développement sont plus orientés vers les programmes et projets verticaux (vaccination et prévention des maladies à surveillance épidémiologique) qu'à l'hôpital. Ce qui explique le faible niveau d'intégration de l'hôpital dans le système de santé.
- ❖ La collaboration entre secteurs public et privé dans l'organisation des soins est presque inexistante.
- ❖ L'adoption par de nombreux pays de la politique des médicaments essentiels génériques a favorisé l'accessibilité de ces dits médicaments aux populations.
- ❖ Les textes font obligation aux hôpitaux d'assurer la prise en charge des urgences de façon systématique, avec ou sans acquittement préalable des frais y afférant.
- ❖ Des protocoles de soins et des procédures d'assurance qualité ont été mis en place.

1.4. Les perspectives

Dans le but de réorienter l'activité des hôpitaux vers des résultats plus performants, de nouvelles perspectives ont été préconisées par les rencontres hospitalières de Dakar.

1.4.1. Les infrastructures et équipements

La nécessité de planifier les politiques d'investissement et de maintenance a été fortement réaffirmée.

1.4.2. Les ressources humaines

De nouvelles politiques d'incitation sont à explorer, soit en mettant en place des statuts du personnel des établissements publics hospitaliers / de santé et en reconnaissant les sujétions particulières des métiers de la fonction publique hospitalière (gardes, astreintes, activités libérales,...), soit en activant l'adoption et la mise en oeuvre des textes déjà élaborés (Sénégal, Guinée).

1.4.3. L'organisation et le management

Pour assurer une meilleure gestion des hôpitaux, le renforcement des capacités managériales par la formation des directeurs d'hôpitaux s'avère indispensable. A cet effet, il est souhaitable de soutenir les écoles de formation déjà existantes comme le Centre africain

d'Etudes supérieures en Gestion au Sénégal (CESAG) et le Cycle d'Etudes supérieures africain en Management des Etablissements sanitaires en Côte d'Ivoire (CESAMES).

Les stratégies de communication interne et externe rapprochant les acteurs méritent d'être renforcées : la communication transversale entre parties intégrantes de l'organisation hospitalière permet l'appropriation du processus décisionnel ; la sensibilisation des clients et des prestataires peut réduire les réticences ; l'information des partenaires au développement peut accroître leur implication dans l'accompagnement de la réforme...

La fiabilisation et l'enrichissement du système d'information hospitalier sont indispensables à la mesure de la performance et à l'amélioration de la prise de décision. L'adaptation des systèmes occidentaux aux réalités locales et non leur transposition est une donnée à ne pas négliger. Dans le cadre de l'optimisation des ressources, il urge d'approfondir la réflexion sur de nouvelles stratégies d'organisation des services (départementalisation, fédération...).

La tutelle doit être de plus en plus présente dans les activités d'accompagnement, de suivi et d'appui conseil aux hôpitaux. Elle doit également veiller à l'application des différents textes législatifs et réglementaires. Les collectivités locales devraient davantage soutenir les hôpitaux dans leur fonctionnement et dans leur politique d'investissement et de renforcement des ressources humaines.

Les règles du jeu en matière de politiques tarifaires et d'intéressement doivent être fixées sur le plan national pour éviter les dérapages, sans pour autant remettre en cause l'esprit d'autonomie de la réforme.

1.4.4. Les ressources financières

Un plaidoyer général pour l'accès des hôpitaux au financement des partenaires au développement est nécessaire. Ce financement ne devra plus être concentré ni sur les investissements, ni sur la périphérie, mais devra prendre en compte l'ensemble du budget de l'hôpital et le système de santé dans sa globalité.

1.4.5. L'organisation des soins et la prise en charge des patients

La reconnaissance du droit du patient (charte du malade, participation du patient à sa prise en charge) mérite d'être encouragée.

Le développement de l'approche préventive à côté du curatif par l'implication de l'hôpital dans les programmes de santé publique (éducation pour la santé, stratégies avancées, santé maternelle et infantile) est une voie à explorer.

La culture de l'évaluation à travers des structures indépendantes (Agence nationale d'Evaluation des Hôpitaux au Mali) et des outils appropriés (guide d'évaluation des hôpitaux au Burkina, système de monitoring des activités en Guinée), doit être développée et encouragée. Des indicateurs de mesure de la réforme doivent être définis, notamment l'existence d'un cadre institutionnel, le respect des manuels de procédure, la mise en place des

outils de gestion, le mode d'élaboration et la validation des projets d'établissements, la constitution d'une équipe de gestion et d'évaluation de la qualité des soins.

Dans de nombreux pays, la prise en charge du patient reste parcellaire. Il est apparu nécessaire d'inclure les aspects psychologique et social, le secteur des soins palliatifs, l'accompagnement des patients et de leurs familles, pour une prise en charge globale du patient.

L'idée d'une intégration régionale et sous-régionale des systèmes hospitaliers doit être promue à travers la disponibilité d'une banque de données, la mise en place d'une communauté médicale et de fédérations hospitalières sous régionales et régionales (jumelages, conventions, mise en commun de certaines ressources...). Les réseaux d'échanges entre pays tel que le Réseau hospitalier d'Afrique, de l'Océan Indien et des Caraïbes (RESAHOC) et la disponibilité de pôles d'excellence dans différentes spécialités, en réponse aux évacuations sanitaires coûteuses vers l'Europe ou l'Amérique, sont à encourager.

L'amélioration des conditions d'accueil et de séjour des patients requiert la systématisation des enquêtes de satisfaction de manière périodique. Ces enquêtes doivent prendre en compte les trois dimensions de l'accueil (architectural, humain et matériel).

Une meilleure distribution spatiale du personnel qualifié passera par une politique nationale d'attractivité des hôpitaux périphériques.

1.5. L'hôpital et les stratégies d'aide au développement

L'absence de l'hôpital dans les programmes de santé publique demeure un obstacle à la fonctionnalité du système de santé. En effet, les financements sont surtout orientés vers la périphérie qui a en charge les soins de santé primaire, l'hôpital étant considéré comme un gouffre financier, de par sa fonction curative. Or, l'on ne peut logiquement évoquer la performance d'un système que lorsqu'il fonctionne dans sa globalité. A ce titre, il est impératif de mettre fin à cette opposition entre soins de santé primaire et système hospitalier : un nouveau paradigme plaçant l'hôpital au cœur du dispositif sanitaire et non en marge s'impose. Ainsi, au même titre que les structures périphériques, l'hôpital doit pouvoir bénéficier des ressources mobilisées dans le cadre des programmes de santé (SIDA, tuberculose, PEV ...) et faciliter l'accessibilité des couches vulnérables aux soins.

Les documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) qui, dans leurs grands axes, intègrent l'accès aux services sociaux de base (protection sociale et santé), ont été élaborés ou sont en cours dans la quasi-totalité des pays africains. L'implication des hôpitaux dans le renforcement des soins de santé primaires (nutrition, santé maternelle et infantile...) et la contractualisation pourraient aider à atteindre les Objectifs Du Millénaire (ODM).

Les participants ont jugé nécessaire de définir de nouvelles modalités de partenariat entre Etats africains et partenaires au développement : l'approche budgétaire, plus souple dans ses procédures doit être privilégiée par rapport à l'approche projet dont les procédures contraignantes rendent les taux de décaissement.

A cet effet, les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) conçus dans une logique du budget par objectif constituent un outil d'aide au développement du secteur de la santé qui

permet de vérifier les résultats. Cependant, les indicateurs hospitaliers dans leur état actuel sont plus des indicateurs de santé générale que des indicateurs d'impact.

L'avènement de la planification stratégique à travers les projets d'établissement, dont la plupart ne sont pas soutenus, invite à plus d'appui matériel et financier de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires au développement. Pour aspirer à cet appui, lesdits projets gagneraient à prendre en compte les préoccupations et orientations des partenaires (DSRP et ODM). Il apparaît alors indispensable de rechercher un équilibre entre ressources propres, subventions de l'Etat et aide au développement. Cet équilibre passerait par une modulation de la subvention de l'Etat et de l'aide au développement aux spécificités économiques et sociales des structures, notamment périphériques. Au total, il s'agit de prendre conscience, de part et d'autre, de la forte corrélation qui existe entre développement et santé.

2. LE FINANCEMENT DE L'HOPITAL EN AFRIQUE

2.1. Les aspects statutaires et environnementaux

2.1.1. Les mesures d'ordre législatif et réglementaire

PAYS	TEXTES	
	Textes publiés	Textes en cours
SENEGAL	<p>Lois n°96-06 de 1996 sur le code des collectivités locales et 96-07 de 1996 portant transfert de compétences aux collectivités locales</p> <p>Loi 98-08 du 02 mars 1998 portant Réforme hospitalière</p> <p>Loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS</p> <p>Décret 98-701 portant application de la réforme hospitalière</p> <p>Décret 98-702 portant création, organisation et fonctionnement des EPS</p> <p>Loi sur les mutuelles de santé</p> <p>Arrêté sur la convention hospitalo-universitaire</p> <p>Arrêté sur la charte du malade</p>	<p>Arrêté interministériel sur la tarification (élaboré mais non publié)</p> <p>Décret portant statut particulier du personnel</p> <p>Décret portant sur la rémunération, les indemnités et les avantages des directeurs d'hôpitaux</p>
CAMEROUN	<p>Loi sur le financement des hôpitaux</p> <p>Loi sur la tarification</p>	<p>Loi conférant la personnalité juridique aux hôpitaux généraux</p> <p>Textes réglementant les financements extérieurs</p> <p>Loi sur la prise en charge des indigents</p> <p>Loi sur le Fonds de solidarité</p> <p>Nouvelle loi sur la tarification</p>

PAYS	TEXTES	
	Textes publiés	Textes en cours
MALI	<p>Décret portant création d'une administration de mission</p> <p>Loi hospitalière n°02-050 du 20/06/02</p> <p>Loi sur le double exercice des professionnels de santé</p> <p>Décret fixant le prix des médicaments essentiels</p> <p>Dispositif réglementaire portant organisation des EPH et définissant la Convention hospitalo-universitaire</p> <p>Arrêté portant Charte du malade</p>	<p>Loi d'orientation sur la santé</p> <p>Loi définissant les différentes structures de santé</p>
TCHAD	<p>Loi de 1994 portant création de l'Hôpital National de Référence de Ndjaména</p> <p>Décret portant généralisation du recouvrement des coûts</p> <p>Décret portant harmonisation des tarifs</p>	
BENIN	<p>Textes sur le plan comptable hospitalier</p> <p>Textes sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires</p> <p>Textes sur les manuels des procédures</p> <p>Décret de 1989 sur la tarification</p>	<p>Révision de la loi sur l'autonomie de gestion</p>
MADAGASCAR	<p>Décret portant création de la centrale d'achats des médicaments</p>	

PAYS	TEXTES	
	Textes publiés	Textes en cours
RDC	Ordonnance sur la tarification	Statut des hôpitaux Textes sur les modalités de financement
TOGO	Loi portant décentralisation du système sanitaire Loi sur l'autonomie des CHU, CHR et hôpitaux de districts Loi sur la gestion des médicaments et l'ordre des pharmaciens Textes sur le code de la santé et la carte sanitaire	
NIGER	Ordonnance n°92-011 de 1991 sur l'autonomie de gestion des hôpitaux Circulaires sur la révision des tarifs	Loi hospitalière
RWANDA	Loi portant création des hôpitaux universitaires Loi conférant la gestion des hôpitaux régionaux aux structures décentralisées	
BURKINA	Loi hospitalière de mai 1998 Textes de 1990 portant autonomie de gestion des hôpitaux	
GUINEE	Décret de 1993 donnant autonomie de gestion aux hôpitaux Arrêté sur la tarification de 1994	

L'ensemble des textes législatifs et réglementaires ci-dessus mentionnés visent :

- ❖ A donner un statut spécifique aux hôpitaux, par la création d'établissements publics de santé en lieu et place des Etablissements publics administratifs (EPA) et des Etablissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC), qui ne garantissent pas une bonne mise en œuvre de la réforme ;

- ❖ A insérer les hôpitaux dans le processus de déconcentration et de décentralisation. Les élus locaux et les administrés participeraient ainsi à la politique sanitaire, par la prise de conscience du besoin de subvention ajustée des établissements de santé.

Cet arsenal juridique a permis l'adoption d'un cadre légal budgétaire, comptable et tarifaire adapté aux besoins de la réforme. Il a également permis un transfert de compétences, d'une part, du niveau central aux structures et, d'autre part, du niveau central aux collectivités locales.

La mise en œuvre de ces dispositifs légal et réglementaire au niveau des hôpitaux se heurte à des difficultés.

- ❖ Des distorsions existent entre les textes de la réforme et certains dispositifs relevant de la tutelle financière. En effet certaines dispositions légales et réglementaires (code des marchés publics) s'adaptent difficilement aux spécificités de l'hôpital ;
- ❖ L'autonomie financière reste limitée dans certains cas à cause du visa de la tutelle requis pour certaines délibérations ;
- ❖ Les règles d'allocation des ressources ne sont pas ni clairement définies, ni vulgarisées auprès des acteurs concernés ;
- ❖ Les possibilités de recourir à l'emprunt sont limitées du fait des garanties bancaires exigées et/ou de l'autorisation préalable de la tutelle ;
- ❖ Les ressources humaines insuffisantes sont encore gérées dans la plupart des pays de façon centralisée ; ce qui pose le problème de leur rationalisation et limite l'emprise des directeurs d'hôpitaux sur leurs agents ;
- ❖ Les textes relatifs à la tarification n'ont pris en compte ni la codification de certains actes, ni les progrès des technologies médicales. C'est en partie ce qui explique la disparité des tarifs pratiqués à l'intérieur d'un même pays.

2.1.2. Les mesures d'ordre gestionnaire et organisationnel

La logique managériale tend à supplanter la logique administrative. Conçus en tant que services administratifs, les hôpitaux avaient une organisation reposant sur une logique de type réglementaire. Ils étaient « administrés » et non « gérés ». Aucune recherche de performance n'était à l'ordre du jour. « L'hôpital entreprise » souhaité par la réforme doit être vu comme un hôpital ayant pour mission d'assurer le service public tout en utilisant le mode de gestion des entreprises privées, à savoir la combinaison de facteurs de production pour satisfaire une demande exprimée.

C'est dans cette dynamique que les acteurs hospitaliers se sont lancés dans l'élaboration des projets d'établissement traduisant ainsi la vision stratégique de leurs structures. L'informatisation croissante des services et la mise en place des organes, des outils et des méthodes de gestion telles la contractualisation et l'évaluation, ont permis l'émergence d'une culture de performance. Ces aspects se sont concrétisés par une démarche participative avec une marge accrue pour les décideurs.

En outre, la sécurisation des deniers à travers la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable d'une part, la mise en place d'outils et d'organes de gestion (plans comptables hospitaliers ou cadres budgétaires, manuels de procédure, service de contrôle de gestion ...) d'autre part, a permis une augmentation des recettes et une rationalisation des dépenses. La mise en place d'une Agence nationale d'Evaluation des Hôpitaux au Mali, la démarche qualité initiée au Sénégal et en Guinée, le guide d'évaluation des hôpitaux au Burkina, illustrent bien l'émergence de la culture d'évaluation.

Tous ces acquis seraient plus significatifs si certaines difficultés ne demeuraient encore. En effet, la faiblesse du système d'information, l'incompréhension par certains décideurs de leur rôle (membres des organes consultatifs et délibératifs), associées à la difficulté de mobilisation des subventions (Etats, collectivités locales, partenaires au développement), ont provoqué des lenteurs dans le financement des projets d'établissement. De plus, le nombre de managers hospitaliers malgré l'existence de structures de formation adéquate reste encore faible par rapport aux besoins

2.1.3. Les mesures d'ordre technique et leur incidence sur le financement

Le sombre tableau d'avant réforme s'éclaircit progressivement, laissant ainsi place à de grandes tendances à l'optimisme. Une plus grande conscience de l'importance d'une bonne politique de maintenance (curative et préventive), intégrant la logique d'amortissement, a permis le renouvellement des investissements. De plus, un accord largement partagé du principe de l'externalisation de la maintenance a amélioré considérablement la qualité des services. Ces évolutions sont à l'origine de certaines avancées très significatives, notamment dans trois domaines :

- ❖ La mobilisation des ressources pour l'investissement s'améliore ;
- ❖ Les politiques d'achats et de maintenance à l'intérieur de l'hôpital s'ébauchent ;
- ❖ La fonctionnalité des services se confirme davantage grâce à une adaptation des infrastructures aux normes architecturales et au circuit du malade.

Les rencontres hospitalières de Dakar ont cependant noté, à côté des progrès enregistrés, la persistance des politiques d'achats centralisés, souvent sans concertation préalable avec les structures bénéficiaires, qui conduisent dans la plupart des cas, à une inadéquation de l'équipement acheté par la tutelle. Enfin, l'insuffisance de compétences internes et externes constitue un obstacle majeur dans la mise en œuvre des politiques de maintenance.

2.2. Le financement et les ressources humaines

2.2.1. L'évolution des effectifs

L'un des plus grands succès de la réforme réside dans la progression des effectifs du personnel. En effet, la réforme a offert à l'hôpital une plus grande marge dans le recrutement, ce qui explique une tendance à la réduction des écarts entre besoins et effectifs disponibles.

Parallèlement au recrutement par les hôpitaux, la coopération sud-sud (recrutement des médecins cubains au Mali et au Burkina) et l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés

(Cameroun) ont permis la mise à disposition de personnels supplémentaires. Dans cette même dynamique, le développement de centres de formation déconcentrés a largement amélioré la planification des ressources humaines. Ces initiatives salutaires atténuent les effets des politiques d'ajustement structurels qui ont réduit de façon drastique les possibilités de recrutement des Etats africains. La gestion des ressources humaines dont la qualité reste encore faible est rendue difficile par l'intrusion de l'administration centrale, la diversité et la mobilité du personnel. Cette forte mobilité du personnel est le résultat de l'attractivité plus marquée de certains hôpitaux par rapport à d'autres jugés moins accueillants. Par conséquent, des disparités persistent dans la répartition du personnel entre milieux urbain et rural.

2.2.2. Les réformes statutaires

Considérant l'inadéquation du statut général de la fonction publique, les participants jugent nécessaire de créer un statut particulier du personnel des établissements publics de santé. D'ailleurs, plusieurs pays ont déjà élaboré leur statut et sont en voie de l'adopter (Sénégal, Burkina, Mali, Tchad, Guinée). Ces réformes du statut du personnel hospitalier prennent en compte une meilleure définition des emplois.

Une place plus importante est accordée aux soins infirmiers. Les managers locaux, responsabilisés davantage, optimisent de plus en plus les ressources humaines.

2.2.3. Les motivations

Dans la plupart des pays, la recherche du développement de la motivation par l'accroissement du pourcentage des recettes affectées à l'intéressement, l'amélioration des régimes indemnitaires, la prise en charge médicale des agents de la santé et l'encadrement de l'activité privée/libérale, ont constitué l'essentiel des leviers pour améliorer la productivité du personnel. De nombreux systèmes de répartition des primes existent à travers les pays :

- ❖ Au Tchad, un système mixte a été mis en place par le biais d'un logiciel qui permet de calculer la part des recettes qui revenant à chaque personne ; les critères de répartition incluant l'absentéisme (un jour d'absence justifiée ou non est déduit de la motivation) ;
- ❖ Au Cameroun, les critères de répartition incluent le rendement du service et le grade de l'agent ; des objectifs mensuels sont fixés à chaque agent et à chaque service, ce dernier disposant d'un comité de suivi.

Les formules d'encadrement de l'activité privée/libérale diffèrent d'un pays à un autre :

- ❖ Au Mali, le choix s'est porté sur le temps plein hospitalier : les consultations privées sont possibles à l'hôpital, conformément aux clauses des contrats signés avec les prestataires (conditions d'exercice, rémunération...); un projet de loi sur l'exercice de l'activité personnalisée est en cours de négociation ;
- ❖ En Guinée, en RDC et au Cameroun, le principe d'exercer une activité privée/libérale au sein de l'hôpital n'est pas accepté par la fonction publique ;
- ❖ Au Sénégal, un arrêté autorise la pratique de l'activité privée/libérale aux professeurs d'université, sous certaines conditions (deux demi-journées par semaine) ;

- ❖ Au Tchad, l'activité privée/libérale est limitée aux spécialistes de l'hôpital d'Abéché ;
- ❖ A Madagascar, le corps médical adhère à la pratique de l'activité privée/libérale, mais seules les consultations externes leur sont permises, et à condition de verser à l'hôpital une contrepartie ;
- ❖ Au Bénin, l'exercice d'une activité privée est possible, si elle n'empiète pas sur les heures de présence effective imposée par la fonction publique.

Malgré les politiques de motivation mises en œuvre, la modicité des salaires continue d'alimenter des pratiques peu orthodoxes (détournements de patients...) et la fuite des personnels qualifiés vers le privé ou l'étranger. Par ailleurs la non corrélation des motivations aux résultats découragent les efforts collectifs et encouragent les pratiques de surenchères.

2.3.L'allocation des ressources et modes de financement

Deux constats généraux ont été faits :

- ❖ L'existence d'un décalage entre les avancées de la réforme (cadre institutionnel et managérial) et les difficultés dans les mécanismes de financement;
- ❖ Une prise de conscience tardive et difficile dans la recherche de financement certain, pérenne, cohérent et non rigide pour la mise en œuvre effective de la réforme.

2.3.1. Les dépenses et l'analyse des coûts

Pour une meilleure maîtrise des coûts, tous les pays ont pris conscience de la nécessité de la mise en place de la comptabilité analytique dans les hôpitaux. Le Sénégal et le Cameroun l'ont introduite au sein de certaines structures. Au Mali, un logiciel de comptabilité analytique a été élaboré mais n'est pas encore mis en œuvre. En Guinée, l'imperfection de la comptabilité générale et les ruptures fréquentes de stocks découragent les acteurs dans la mise en place de la comptabilité analytique. La mise en place de cette comptabilité reste marginale à cause de sa complexité et de la faiblesse du système d'information. L'adoption d'outils de gestion comme les plans comptables hospitaliers, la comptabilité matières et les cadres budgétaires, constitue une avancée dans la rationalisation des dépenses. Toutefois, le maintien des charges incompressibles au niveau de l'Etat (eau, électricité, salaires des fonctionnaires) limite la vérité des coûts.

2.3.2. L'évolution des recettes

L'acceptation du principe de participation des populations à l'effort de santé, la meilleure politique des coûts, l'augmentation des subventions (dans certains pays) et l'évolution vers une unicité des caisses ont entraîné, de manière générale, un accroissement des ressources notamment des ressources propres après la réforme. Au Burkina Faso, ces dernières ont connu une évolution allant de 10 à 44 % ; au Bénin, le Centre Départemental de l'Ouémé est passé de 600 millions à 1,2 milliards ; au Rwanda, un hôpital est passé de 16 millions à 80 millions ; au Sénégal, l'Hôpital général de Grand-Yoff est passé de 1,5 milliard à 4 milliards.

La difficulté de mobilisation des fonds décentralisés est liée à la rigidité des procédures et au décalage entre les nouveaux cadres institutionnels et les moyens de financement. La

diversité et les modalités contraignantes d'accès au financement des bailleurs constituent une limite à la mobilisation rapide des ressources financières (Cameroun, Tchad).

L'absence de pertinence des critères de mesure de performance, consécutive à la défaillance du système d'information et à la faiblesse des capacités gestionnaires, réduit le financement des structures hospitalières.

2.3.3. La politique tarifaire, les modalités de financement et de prise en charge des patients

Les disparités dans les tarifs et les difficultés rencontrées par les hôpitaux dans la mise en œuvre de ceux-ci ont fait émerger le besoin d'un encadrement tarifaire par l'Etat. Au Sénégal, un arrêté interministériel sur la tarification non encore adopté sert de base aux hôpitaux. La pratique de tarifs informels au sein de certains hôpitaux est liée au niveau de revenus des populations (Madagascar, Tchad) ou à des rénovations récentes intervenues dans des hôpitaux (Cameroun). Au Burkina Faso, les textes fixant la rémunération des actes ont été révisés en 2002.

Les marges de manœuvre des établissements dans la fixation des tarifs ont entraîné un décalage entre les tarifs pratiqués et ceux prévus par les textes. Il semble donc légitime de se demander jusqu'où peut aller l'autonomie de gestion dans la fixation des tarifs et d'insister de ce fait sur le rôle régalien des Etats.

Il a été remarqué que de nombreux Etats ne sont pas allés jusqu'au bout de leur politique sociale en exonérant certaines catégories sociales (écoliers, militaires, fonctionnaires...) sans contrepartie financière aux hôpitaux.

2.4. Le financement et l'accessibilité des soins

2.4.1. L'accessibilité des soins

Dans de nombreux pays, il est apparu la nécessité de mettre en place des mécanismes de pré – paiement, pour accroître l'accessibilité des populations aux soins. Ces mécanismes basés sur les formes de solidarités traditionnelles (ménages, famille, communauté) et nouvelles (mutuelles, IPM, assurances...) ont favorisé une meilleure fréquentation de l'hôpital.

Dans la quasi totalité des pays, l'état d'indigence est reconnu ; des services sociaux chargés d'accueillir et de faciliter la prise en charge des couches sociales les plus démunies sont mises en place. Au Bénin, l'Etat a mis en place un fonds d'indigence s'élevant à un milliard de FCFA par an. En RDC, il existe le fonds d'équité financé par l'UE pour la prise en charge des indigents et une subvention aux médicaments pour les régions touchées par les conflits. A Madagascar, on signale la mise en place dans les deux hôpitaux de la capitale d'une association dénommée Collectif 2002, composée de multiples ONG.

Toutefois des difficultés subsistent dans la définition et les mécanismes de prise en charge de l'indigence. A cela s'ajoutent la faiblesse de la solvabilité de l'Etat et l'incapacité du seul système hospitalier à faire face aux problèmes d'accessibilité aux soins. Ces derniers devront être résolus de manière systémique à travers une meilleure articulation et une plus

grande intégration de la santé dans les stratégies globales de lutte contre la pauvreté (Programme de lutte contre la pauvreté).

Dans la plupart des pays, obligation est faite aux structures de prendre en charge les urgences avant de procéder au recouvrement (Guinée, Burkina, Sénégal, Mali, Niger...). En réalité les textes ne sont pas toujours appliqués ce qui explique en partie la mauvaise appréciation des hôpitaux par les usagers.

2.4.2. Les mutuelles de santé et les IPM

Dans le but de faciliter l'accessibilité financière des populations aux soins, tous les pays font la promotion des mutuelles de santé. Il existe :

- ❖ un Programme national d'appui aux mutuelles de santé en RDC ;
- ❖ des structures d'appui, de recherche et de formation en faveur des mutuelles de santé au Bénin ;
- ❖ une Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de santé (CAMICS) au Sénégal ;
- ❖ un projet spécifique de la mutualisation au Cameroun.

Tout cela a conduit à un accroissement du nombre et des formes de mutuelles (mutuelles complémentaires et mutuelles au premier franc). Les cibles, de plus en plus diversifiées (communautaires, professionnelles), bénéficient de l'intégration du volet préventif dans leur paquet de soins.

Mais la modicité de la capacité contributive des populations et la faiblesse de l'expertise gestionnaire constituent un handicap à leur viabilité et à leur pérennité, bien qu'elles bénéficient d'un pouvoir de négociation des tarifs.

Au regard des insuffisances du système mutualiste, les Etats se sont engagés à favoriser un système de sécurité sociale plus large.

2.4.3. Les expériences de contractualisation

Beaucoup d'expériences de contractualisation sont vécues dans les pays, entre hôpitaux et mutuelles ou entre hôpitaux et entreprises. Ces expériences de contractualisation favorisent l'appropriation du principe d'évaluation des prestataires de soins. Toutefois, le déficit de communication entre système hospitalier et bénéficiaires constitue une difficulté majeure dans ce partenariat.

CONCLUSION

Durant cinq jours, les participants aux **Rencontres Hospitalières de Dakar** ont échangé sur les expériences vécues, les défis relevés, les échecs enregistrés et les perspectives nouvelles, jugées indispensables.

Ces Rencontres, organisées au moment où la Réforme hospitalière connaît des hauts et des bas, où le problème du financement demeure entier, où les objectifs de performance des hôpitaux en Afrique sont loin d'être atteints, où ceux du millénaire demeurent une préoccupation commune, ont été favorablement appréciées par tous. Elles furent pour l'Institut de la Banque mondiale, la Coopération française et le Ministère de la Santé et de la Prévention médicale du Sénégal, une occasion solennelle pour inviter les délégations présentes à une analyse sans complaisance de la situation générale de l'hôpital en Afrique, à la formulation de propositions de sortie de crise concrètes, réalistes et pertinentes.

Les appels semblent être entendus :

1°) Les débats riches et parfois houleux ont fait ressortir que les objectifs de la Réforme hospitalière sont partout clairement définis ; que le cadre légal et réglementaire est plus ou moins tracé et que la question de la motivation est en voie de règlement ;

2°) Les débats ont également révélé des insuffisances notoires, faisant dire au total que les résultats sont mitigés : l'inaccessibilité aux soins d'une bonne frange des populations, de même que la qualité des prestations, préoccupent encore. Tout comme le financement (ressources humaines, équipements, infrastructures...) et l'intégration de l'hôpital dans le système de santé ;

3°) Aussi, les participants ont-ils insisté sur l'urgence à parachever la mise en place d'un cadre légal et réglementaire adapté, à actionner tous les leviers susceptibles de renforcer le financement de l'hôpital, à redéfinir les missions de ce dernier (soins, social, formation)...

Concevoir la Réforme comme une dynamique à inscrire dans la longue durée est certainement une approche permettant d'espérer qu'avec le temps, l'hôpital africain produira des résultats plus probants.

LISTE DES PAYS REPRESENTES

Bénin
Burkina Faso
Cameroun
Côte d'Ivoire
Guinée
Madagascar
Mali
Mauritanie
Niger
RDC
Rwanda
Sénégal
Tchad
Togo